

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 80

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ADÉNOMES DU FOND DE L'UTERUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 20 Juillet 1938

PAR

CAZES André

Né à Montpellier, le 25 Avril 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

LAPEYRE, professeur, *Président*
LAUX, professeur
J. COLL DE CARRERA, agrégé
G. ROUX, agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARCOU & GHIBAUDO

4, Rue Alexandre-Cabanel — Téléphone 51-10

1938

Contribution à l'Etude
des Adénomes du fond de l'Utérus

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 80

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ADÉNOMES DU FOND DE L'UTERUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 20 Juillet 1938

PAR

CAZES André

Né à Montpellier, le 25 Avril 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	LAPEYRE, professeur, <i>Président</i>	} <i>Assesseurs</i>
		LAUX, professeur	
		J. COLL DE CARRERA, agrégé	
		G. ROUX, agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARCOU & GHIBAUDO
4, Rue Alexandre-Cabanel — Téléphone 51-10

1938

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique médicale et Toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU, <i>assesseur.</i>
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge ..	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Radiologie (Ch. de c.)	N...
Anatomie (chargé de cours)	TERRACOL
Histologie (chargé de cours)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

HONORARIAT

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE.
ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Histoire Naturelle médicale	MM. HARANT, Dr.
Pathologie Médicale et clinique propédeutique médicale...	BAUMEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique physiologique	BOUDET, prof.
Pathologie expérimentale	GUIBAL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, agr. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA, agr. lib.
Ophtalmologie	DEJEAN, agr.
Stomatologie	WATON, Dr.

AGREGES EN EXERCICE

Bactériologie	M. CARRERE.
Médecine	MM. JANBON.
	BAUMEL
	P. RIMBAUD.
	LAFON, ch. d'agr.
	BOUCOMONT, ch. d'agr.
Chirurgie	AIMES.
	MOURGUE-MOLINES.
	GUIBAL.
	ROUX.
Ophtalmologie	M. DEJEAN.
Chimie	Dr MONNIER, ch. d'agr.

EXAMINATEURS DE LA THESE

N. C. LAPEYRE, profess', <i>Président</i>	J. COLL DE CARRERA, agrégé
G. LAUX, professeur	G. ROUX, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

C'est à elle seule, à son amour maternel sans bornes, à sa persévérance et à sa ténacité que je dois, aujourd'hui, de soutenir cette thèse devant mes Maîtres.

Aucun sacrifice, aucune privation n'ont pu l'arrêter dans la tâche qu'elle s'était fixée.

Si elle reçoit aujourd'hui sa récompense, qu'elle accepte en même temps, l'hommage de tout mon amour filial et de mon éternelle reconnaissance.

A MA FEMME

A MA GRAND'MERE

*Avec toute mon affection et
ma très grande reconnaissance.*

A MON BEAU-FRERE,
LE DOCTEUR JEAN MOYON
ET A SA FEMME

*En souvenir de notre cama-
raderie à la Faculté et en gage
d'une indissoluble affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR N.-C. LAPEYRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Qui nous a fait le grand honneur de nous confier ce travail et d'accepter la présidence de notre jury, avec tous nos remerciements et toute notre reconnaissance pour les bons conseils et l'enseignement lumineux qu'il nous a constamment prodigués.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES LAUX

PROFESSEUR D'ANATOMIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Qui a bien voulu nous témoigner encore une fois sa sympathie en acceptant de faire partie de notre jury, avec l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
JEAN COLL DE CARRERA
PROFESSEUR AGRÉGÉ D'OBSTÉTRIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES ROUX
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Qui ont bien voulu nous honorer de leur présence dans notre jury, nos biens vifs remerciements.

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER
ET A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE
A MON EDUCATION MEDICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR H.-L. GUIBERT

CHEF DE LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A L'INSTITUT BOUISSON-BERTRAND

*Après duquel nous avons
toujours reçu le plus charmant
accueil et bénéficié de ses con-
seils éclairés, nos plus sincères
remerciements.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. ESTOR

CHEF DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

*Qui nous a toujours si aimable-
ment reçu et conseillé, avec
l'hommage de notre profonde
gratitude.*

INTRODUCTION

La littérature médicale et plus particulièrement les publications gynécologiques de ces dernières années sont riches en travaux et en controverses portant sur l'attitude à adopter vis-à-vis des métrorragies post-ménopausiques.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître à ces manifestations anormales, la valeur d'un signal d'alarme qui, le plus souvent, vient révéler un cancer du corps de l'utérus jusque là ignoré.

Mais, l'opinion des auteurs diffère quant à la conduite à tenir et elle se base toujours sur des statistiques. Pour les uns, neuf fois sur dix, une femme qui saigne après la ménopause est une cancéreuse et ils adoptent la formule de l'hystérectomie totale systématique. C'est l'avis de plusieurs Maîtres connus de la gynécologie; de J. L. Faure, Tixier et Pollosson, Ducuing.

D'autres, au contraire, présentent des statistiques qui donnent des chiffres bien plus importants de métrorragies d'ordre bénin (de 30 à 60 pour cent) et estiment qu'avant de prendre une décision chirurgicale, on doit chercher à éliminer un risque d'erreur beaucoup plus important qu'on ne pourrait le croire.

Parmi eux, nous trouvons Muret, Quénu, Butaud et Bécclère.

Dès lors, il faut savoir dans quelle mesure on doit recourir au curettage biopsique et quelle confiance on peut accorder à ses conclusions.

Le travail que notre Maître, M. le Professeur N.-C. Lapeyre a bien voulu nous faire l'honneur de nous confier, se propose de contribuer à cette étude en apportant une série de faits et de considérations, qui ont été quelque peu délaissés dans les divers travaux qu'il nous a été donné de parcourir.

En 1936, dans le *Paris-Médical*, le Professeur Lapeyre publiait un article sur les adénomes du fond de l'utérus. Il a bien voulu nous confier deux nouvelles observations qui entrent dans un cadre identique.

Nous essayerons d'utiliser de notre mieux les conclusions cliniques et histologiques qu'elles fournissent pour dégager la conduite à tenir.

Nous nous permettrons d'associer à ces deux derniers cas, les deux déjà publiés et nous tâcherons de relever dans la littérature des cas analogues qui ont été décrits sous des appellations différentes.

Nous examinerons ensuite quels éléments de diagnostic viennent nous fournir l'exploration clinique d'abord, puis l'exploration purement gynécologique.

Nous insisterons aussi sur les notions histologiques à qui reviennent en fin de compte le dernier mot, car elles démontrent que tout l'intérêt de ces formations adénomateuses de l'endomètre, c'est qu'elles peuvent être considérées comme des états précancéreux avec toutes les réserves que cette appellation comporte.

Observations

Ainsi que nous l'avons annoncé dans les pages précédentes, nous apporterons une série de faits cliniques avec, à l'appui, des examens tant radiographiques qu'histologiques, dont nous nous bornerons à donner les résultats.

Nous essaierons ensuite de relever des cas analogues publiés par divers auteurs et qui, à notre sens, devront être interprétés dans le même esprit.

OBSERVATION I

due à l'obligeance de M. le Professeur LAPEYRE

Mme V..., 68 ans.

Entrée le 13 novembre 1937, avec le diagnostic probable de kyste de l'ovaire fistulisé dans l'utérus.

Antécédents généraux. — Hernie étranglée il y a dix ans.

Antécédents génitaux. — Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, tous les vingt-huit jours. Durée: deux à trois jours. Indolores. Ménopause normale à 52 ans. Une grossesse normale.

Histoire de la maladie:

Depuis deux ans, écoulement leucorrhéique, sirupeux, incolore, abondant, revenant toutes les trente heures environ, sans que rien ne paraisse influencer sur ce symptôme. Quantité écoulee chaque fois: 50 cc. environ.

Depuis six mois, l'écoulement s'accompagne de crises douloureuses dans la fosse iliaque droite.

Examen le 15 novembre 1937:

Ventre gros, la malade se contracte, palpation difficile; les douleurs semblent plus vives dans le flanc et l'hypochondre droit. Mais on n'y perçoit aucune masse anormale.

Au toucher: Vagin lisse, culs de sac atrophiés, col utérin atrophié, orifice punctiforme; corps utérin en situation normale, douloureux et un peu gros.

Au spéculum: Col régulier dont l'orifice semble contenir un petit bourgeon rougeâtre et charnu ectropionné.

Hystérométrie: L'hystéromètre bute du côté droit sur un fond utérin résistant.

A gauche, au contraire, sur des tissus qui paraissent mollasses.

Hystérographie: Injection très facile de 5 à 8 cc. de lipiodol sous faible pression.

La cavité utérine se montre très augmentée de volume. Corps utérin incliné à 90° vers la droite par rapport à l'isthme. L'image de la cavité utérine est très irrégulière, déchiquetée sur ses bords (image comparable à celle d'un cancer ayant envahi toute la cavité utérine).

Prélèvement biopsique: Glandes hyperplasiées, avec végétations épithéliales endo-canaliculaires.

C'est la structure histologique de la métrite adénomateuse qui se trouve réalisée.

Mais en plusieurs points, le stade précancéreux paraît atteint.

L'absence de stroma conjonctivo-musculaire ne permet pas de juger du pouvoir infiltrant des éléments néoplasiques. (Docteur H.-L. Guibert.)

Intervention le 6 décembre 1937:

Rachi-anesthésie, 14 cg. de scurocaïne. Laparotomie sous-ombilicale médiane. L'utérus apparaît un peu augmenté de volume, violacé et mou, très mobile il s'élève facilement.

Hystérectomie totale classique, section du vagin. Drain intra-vaginal. Suture du vagin autour de ce drain. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires: Bonnes.

Examen des pièces:

La muqueuse utérine est recouverte d'une multitude de petits bourgeons qui lui donnent un aspect grenu.

Utérus un peu augmenté de volume, mais non induré.

Examen histologique (Docteur H.-L. Guibert):

Sur presque toute l'étendue de la muqueuse utérine, il s'agit d'une métrite adénomateuse.

Mais dans l'un des angles il y a vraiment pénétration profonde des faisceaux musculaires par les éléments épithéliaux.

Du point de vue histologique strict, on doit considérer que l'état cancéreux est réalisé.

La malade sort, guérie, le 5 janvier 1938.

OBSERVATION II

due à l'obligeance de M. le Professeur LAPEYRE

Mme C..., 52 ans, entre le 30 novembre 1937, pour métrorragies.

Antécédents généraux. — Rien à signaler.

Antécédents génitaux. — Réglée à 13 ans, très régulièrement tous les vingt-sept jours.

Durée: cinq jours. Règles très abondantes, indolores.

Il y a quatre ans, les règles deviennent plus abondantes et se prolongent, anormalement. La malade subit un traitement curiethérapique. (Deux tubes de 10 mgs. de radium dans le vagin durant vingt heures en trois reprises.) Les hémorragies cessent.

Antécédents obstétricaux. — Trois grossesses: deux premières normales, il y a vingt-quatre et vingt-six ans. Une terminée à deux mois par avortement provoqué.

Histoire de la maladie actuelle:

Il y a un mois, le 29 octobre 1937, apparition de métrorragies irrégulières, peu abondantes au début, plus abondantes actuellement, sans caillots; les métrorragies s'arrêtent pour reprendre ensuite durant plusieurs jours. Depuis cette date, pesanteur dans le bas-ventre et la région lombaire droite.

Examen clinique:

Malade très obèse. La palpation est illusoire.

Au toucher: On sent à bout de doigt un col utérin de volume normal, assez dur, regardant en arrière.

Il est impossible de percevoir le volume du corps.

Culs-de-sac libres.

Spéculum: Col normal. Hystérométrie: 7 cm. L'examen fait saigner pendant un moment.

Hystéroggraphie, 3 décembre 1937: Cavité utérine de capacité normale, mais les contours de la corne gauche sont très irréguliers.

Trompes normalement injectées.

Prélèvement biopsique: A la curette tranchante, dirigée vers la corne utérine gauche, on ramène un fragment dont l'examen microscopique donne:

« Certains fragments sont constitués par des faisceaux musculaires, d'autres comportent des lambeaux de muqueuse utérine présentant des signes indiscutables d'adénomatose diffuse, évoluant vers l'épithélioma pseudo-glandulaire.

» Les fragments étant exigus, on est gêné pour porter un diagnostic ferme de malignité. » (Docteur H.-L. Guibert.)

Une hystérectomie est décidée.

Intervention le 14 décembre 1937:

Rachi-anesthésie, 14 cgs de scurocaïne. Bonne.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. Paroi très grasse. Le bassin est rétréci par la présence d'un matériel adipeux sous-péritonéal et d'une S. iliaque lipomateuse. Le corps utérin est très rouge, congestionné, flanqué d'annexes en voie d'atrophie; trompes rouges, ovaires scléreux, surtout à droite. L'utérus ne monte pas par suite de la sclérose de la base du ligament large et des culs-de-sac vaginaux. (Traitement antérieur par radium.)

Le col paraît de consistance élastique et normale.

L'hystéroggraphie ayant bien localisé les irrégularités cavitaires dans la corne gauche, l'hystérectomie totale paraissant devoir être très difficile et périlleuse à exécuter, on fait une subtotalé.

Suites opératoires:

Ablation des points au dixième jour.

Le 9 janvier 1938, quelques symptômes de cystite, qui cèdent à des lavages vésicaux.

Sort guérie le 12 janvier 1938.

Examen histologique des pièces opératoires:

1. Un fragment a été prélevé au niveau de la corne utérine. Il ne montre que des signes de *métrite adénomateuse* et surtout de fibromatose diffuse sans prolifération cancéreuse.

2. L'examen histologique des deux ovaires irradiés montre une atrophie importante de la couche germinative. On n'y observe plus aucun follicule de De Graaf et aussi un processus de sclérose diffuse frappant non seulement le parenchyme ovarien, lui-même, mais aussi le hile conjonctivo-vasculaire.

*
**

Ces deux observations inédites mettent en évidence l'existence d'un syndrome clinique de métrorragies irrégulières semblables à celles de l'épithélioma du corps utérin, rattachables à des formations adénomateuses développées sur la muqueuse.

Mais, si certains examens histologiques affirmaient la bénignité de l'affection, d'autres, pratiqués par le même histologiste signalaient l'état précancéreux de ces néoformations.

Nous réservant de revenir sur ces notions, nous nous permettrons de rappeler ici les deux observations publiées par notre Maître, dans le *Paris Médical* et qu'il est intéressant de superposer aux deux précédentes.

OBSERVATION III

(Résumée)

Mme C..., 56 ans. Ménopausée depuis trois ans, entrée dans le service de la Clinique gynécologique, en mai 1935.

Présente des pertes rouges peu abondantes et irrégulières depuis cinq mois.

L'hystérographie met en évidence une légère déformation du bord droit de la cavité utérine.

Un prélèvement biopsique est pratiqué pour compléter l'exploration, l'examen histologique pratiqué par M. le Docteur H.-L. Guibert permet de porter le diagnostic d'adénomatose diffuse, mais il est probable qu'il s'agit d'un état précancéreux.

Intervention le 26 juin 1935, l'hystérectomie totale est pratiquée. L'examen des pièces opératoires infirme l'hypothèse de malignité possible, formulée après le prélèvement; il s'agit d'une néoplasie bénigne.

OBSERVATION IV

(Résumée)

Mme A..., 60 ans, ménopausée depuis dix ans. Entre à la clinique gynécologique.

Depuis deux ou trois mois, la malade présente des pertes peu abondantes, soit jaunâtres, soit rosées ou roussâtres, apparaissant irrégulièrement et légèrement irritantes.

L'hystérographie montre une image lacunaire dentelée occupant la moitié droite du fond utérin.

Sur la constatation de cette image, le diagnostic de cancer du corps est porté et le curettage jugé inutile.

Hystérectomie abdominale totale sans incidents. La pièce présente une saillie mamelonnée papillomatense. L'examen histologique pratiqué par le Docteur H.-L. Guibert, montre différents signes d'état précancéreux, dont nous exposerons plus loin le détail.



Ainsi donc, ces deux observations en tout point comparables aux deux premières soulèvent le même point litigieux.

Tandis que dans l'une, l'histologie ne relevait que des signes d'adénomatose diffuse, d'allure bénigne, il découvrirait chez la seconde, les caractéristiques manifestes d'un état précancéreux.

Ce groupe, de quatre faits cliniques rencontrés dans un laps de temps relativement court, dans un même service de gynécologie, nous a poussé à rechercher les cas analogues publiés dans la littérature.

Mais, ici, une réflexion s'impose à nous tout d'abord : si nous nous en tenions aux observations pour lesquelles le diagnostic histologique d'adénomes utérins a été porté, notre impression est que nous nous trouverions en face d'une éventualité exceptionnelle.

Si nous écartons, en effet, les adénomes du col de l'utérus, étudiés par Douay et Scimaru en 1926 et dont, par la suite, Laffont, Montpellier et Laffargue avaient mis en doute la véritable individualité, nous ne rencontrons que de rares exemples d'adénomes bénins.

Les formes diffuses, les plus rares, n'ont guère été signalées que par Schutze en 1907, puis par Vitrac en 1921, par Bardon, en 1925. Une des plus belles observations est celle publiée à Montpellier, en 1931, par Riche, Guibert et Lonjon, et qui fut reprise dans sa thèse par Guilhaumon en 1932. Il s'agissait d'une adénomatosse diffuse remarquable par l'exubérance de la muqueuse dans laquelle nulle part l'étude histologique n'avait pu mettre en évidence des présomptions de malignité.

Les formes circonscrites paraissent plus fréquentes. Une des études les plus intéressantes est celle de Kano Moukaye, parue en 1921, mais qui, du point de vue anatomique, tirait son originalité de la dégénérescence du type décidual, ce qui d'ailleurs avait permis à l'auteur des conclusions pathogéniques sur lesquelles nous aurons à revenir.

Ces faits étaient repris dans un plus ample travail par Mlle Colombani, dans sa thèse de 1926. A la suite de ces auteurs, d'autres publications parurent, telles que celles de Keller et de Burger en 1936.

Mais ces derniers prenaient pour titre : « L'adénome polypeux de la matrice ». Ceci semblerait indiquer que bien des polypes étiquetés polypes muqueux intra-utérins, ne doivent pas être séparés du cadre des adénomes, car comment les différencierait-on, du point de vue histologique.

Cette opinion reflète d'ailleurs un avis déjà classique, sur lequel avait insisté Tixier et surtout son collaborateur, Michon.

Pour eux, et surtout lorsque cela se produisait après la ménopause, en l'absence au moins très probable de la sécrétion ovarienne, l'apparition d'un polype muqueux, devait éveiller l'idée de cancer et imposer, sans autre discussion, l'hystérectomie totale. Les exemples cités par ces auteurs ne sont pas rares et traduisent l'expérience de toute une carrière. Nous pourrions en relever d'analogues : c'est ainsi que Caraven, dans la *Picardie Médicale*, à propos des « métrorragies non-cancéreuses des vieilles », rapporte des observations de pertes sanglantes en rapport avec des formations polypeuses, mollasses, développées dans le fond de l'utérus et au niveau desquelles l'examen ne révélait aucune trace de malignité. L'une de ces pièces, notamment, « montre, en haut de la muqueuse du corps, une zone bouleversée, vallonnée, qui est suspecte ; mais l'examen histologique indique qu'il s'agit d'une hyperplasie simple avec des tubes pseudo-glandulaires bien réguliers, à revêtement uni-cellulaire, sans jamais aucune rupture de la basale ; le tissu endogène de l'endomètre est normalement développé. Au-dessous de cette partie de la muqueuse, on trouve de petits fibromes comme des pois. L'épithélium de revêtement de l'endomètre est partout

continu sans la moindre interruption. A droite, l'hyperplasie est développée au point de constituer un gros polype, dont la coupe offre les mêmes caractères ».

Un autre de ses cas suscite des résultats identiques : « Le microscope indique sans discussion possible, que le polype est constitué par juxtaposition des cavités glandulaires extraordinairement dilatées, de section parfaitement circulaire, d'apparence kystique, avec une seule couche d'épithélium cubique, l'épithélium normal de la cavité utérine se continue sans interruption à la surface de cette hyperplasie kystique circonscrite ».

Ces deux exemples empruntés à un seul auteur nous montrent qu'il se trouvait en face de formations adénomateuses bénignes à intégrer dans le cadre des proliférations que nous étudions ici. Et nous croyons qu'en fouillant les observations de métrorragies après la ménopause, nous pourrions en relever un certain nombre d'autres.

Nous avons donc l'impression de nous trouver en face d'une éventualité assez rare, mais non exceptionnelle et dont, jusqu'ici, on n'a pas suffisamment souligné l'autonomie.

Ce sera un des buts principaux de ce travail que de démontrer que les adénomes utérins constituent une entité anatomo-clinique bien particulière, voisine de l'hyperplasie simple mais non identifiable à elle. Mais ce sera l'anatomie pathologique qui, seule, pourra l'individualiser, car l'examen gynécologique, qu'il soit clinique ou instrumental, est incapable de l'identifier à coup sûr : c'est sur ce point d'ailleurs que nous allons insister dans le prochain chapitre.

Etude Clinique

Ayant ainsi rapproché de nos faits personnels les constatations faites par d'autres auteurs, nous nous proposons, dans cette partie de notre travail, d'étudier la symptomatologie de l'adénome utérin.

Néanmoins, celle-ci est assez complexe, et plusieurs éléments doivent concourir à réaliser le syndrome clinique; l'étude de chacun de ces éléments fera l'objet d'un paragraphe particulier. C'est ainsi que nous envisagerons tour à tour :

- I. — Les circonstances étiologiques.
- II. — Les signes accusés par la malade.
- III. — Les résultats des divers examens.

I. — LES CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES

Le syndrome que nous étudions survient dans des circonstances particulières, et qui se retrouvent presque d'une façon constante.

Bien qu'*a priori*, les adénomes de l'utérus puissent se rencontrer chez des femmes encore en période d'activité génitale, c'est le plus généralement à des femmes ménopausées que l'on a affaire. La date de la dernière

menstruation est éloignée de façon très variable, mais toujours assez pour qu'on ne puisse parler d'une recrudescence des métrorragies de l'âge critique.

Dans notre Observation I, la ménopause était réalisée depuis seize ans et s'était passée normalement. Notre deuxième malade était ménopausée depuis seulement quatre ans, mais, fait digne d'être noté, la disparition de l'activité ovarienne avait été artificiellement provoquée par un traitement curiethérapique mis en œuvre pour faire cesser des hémorragies dangereuses par leur abondance et leur répétition.

Ainsi, c'est après la cessation des remaniements périodiques imposés à la muqueuse utérine par la menstruation que l'adénome utérin paraît se produire.

Ceci, du premier abord, n'a rien de suprenant, car tant qu'il existe des menstrues, la muqueuse hyperplasiée se voit entraînée par le bouleversement survenu au moment des règles, et ainsi, la prolifération physiologique reste tout à fait momentanée.

Il n'en est pas de même après la ménopause: si, à cause d'un facteur qu'il est difficile de déterminer, il se produit une prolifération des tubes glandulaires de la muqueuse, il n'y aura aucune raison pour qu'ils se détruisent ou régressent. Tant que continuera à s'exercer ce facteur inconnu qui est à l'origine, l'hyperplasie aura tout loisir pour se constituer et arriver par des degrés plus ou moins rapides à la réalisation de l'adénome.

C'est donc après la ménopause que se produit et se manifeste l'adénome utérin. Cette circonstance étiologique est de beaucoup la plus importante, car c'est elle qui impose avec acuité la nécessité d'un diagnostic. On

sait, en effet, que cet âge est, par excellence, celui où se développe le cancer du corps utérin. On sait aussi que les symptômes métrorragie et écoulements leucorrhéiques sont communs à ces deux affections. Il importe, par conséquent, de mettre en œuvre tous les moyens de diagnostic qui permettront d'adapter la thérapeutique à la nature de la lésion, et surtout d'éviter de méconnaître le diagnostic de l'affection la plus dangereuse.

Les autres conditions étiologiques sont à côté de celle-ci d'une bien minime importance; elles sont d'ailleurs éminemment variables et aucune ne paraît jouer dans la prédisposition un rôle bien décisif. L'adénome peut se produire tout autant chez les nullipares que chez les femmes ayant eu de nombreuses grossesses. Les infections de la muqueuse peuvent fort bien laisser des séquelles discrètes, jouant un rôle favorisant, mais rien n'est moins démontré. Il n'est même pas illogique de concevoir qu'une infection puisse gêner la prolifération adénomateuse, et de fait, elle ne se rencontre guère dans les utérus infectés des femmes atteintes de métrite sénile.

En réalité, et Leclerc le met en évidence, le problème se pose pour l'adénome utérin, comme il se pose pour tous les adénomes en général.

Comme l'a montré Favre, à côté des scléroses résiduelles, rarement conjonctives, il en existe à tendance seulement épithéliale qui entraînent la prolifération des cellules bien plus que du stroma.

Et pour cet auteur, ces scléroses épithéliales ont, à leur base, un processus inflammatoire extrêmement lent, dont la syphilis serait le type sans en être la seule source.

Plus que par l'infection lente, la structure de la muqueuse utérine, peut, même après la ménopause, être influencée par un dysfonctionnement endocrinien. Après la ménopause, l'ovaire physiologiquement mort a pu être considéré comme incapable de retentir sur la muqueuse utérine. Il semble qu'à l'heure actuelle, on doive revenir sur une telle notion et admettre que dans des conditions particulières, l'ovaire soit capable de modifier la muqueuse utérine : Moulonguet l'a bien démontré. mais nous nous écarterions ici du point de vue étiologique, nous reviendrons sur ces faits dans la discussion pathogénique. Retenons simplement que, dans quelques cas, l'ovaire peut être directement incriminé, qu'il soit enflammé ou plutôt qu'il soit le siège de dégénérescence bénigne (kystes, fibromes), ou maligne (sarcomes, tumeurs épithéliales ou tumeurs dites folliculaires).

II. — LES SIGNES ACCUSÉS PAR LA MALADE

Le cadre étiologique étant ainsi posé, en insistant surtout sur l'âge des malades, nous allons essayer de mettre en évidence le syndrome clinique qui amènera la patiente à solliciter un examen médical.

Dans la majorité des cas, l'hémorragie est le seul symptôme, et toute femme sait qu'une telle éventualité, après l'âge critique, est le témoin d'un désordre organique. Quels sont donc les caractères de cette hémorragie ?

Ils sont essentiellement variables, et toute conclusion fondée sur ses modalités, court de grands risques d'erreur.

On a essayé cependant de décrire des aspects différents à l'écoulement sanglant suivant son origine.

Dans le cancer corporel, circonstance à la fois la plus banale et la plus redoutable, les pertes seraient constituées par un petit écoulement rosé, irrégulier, plus ou moins fétide, tachant le linge de taches roussâtres. Elles peuvent s'interrompre pour faire place à des pertes blanches sans caractère particulier parfois épaisses, parfois, au contraire, fluides comme de l'eau.

A ce tableau, s'opposerait celui de l'hémorragie symptomatique de l'adénome, de caractère plus franc, de teinte plus vive, d'odeur moins repoussante. En réalité, il ne s'agit là que de nuances bien infidèles. Et chacun sait qu'une hémorragie subite, abondante de sang rutilant, rapidement apparue et rapidement terminée, peut être la première manifestation d'un néoplasme endo-utérin.

Des distinctions aussi subtiles ont été faites sur le compte de la métrite sénile : mais ici encore, un pyomètre peut être symptomatique d'un cancer du corps et non d'une inflammation métritique avec stase.

Plus intéressantes sembleraient être les précisions relatives à la *périodicité de l'écoulement*.

En effet, en étudiant les différentes causes de métrorragies après la ménopause, les auteurs ont été amenés à signaler parmi elles, les néoformations ovariennes. Des faits indiscutables ont été apportés dont les plus frappants sont les syndromes d'hémorragie avec hyperfolliculinémie que l'on voit apparaître sous l'influence des « tumeurs à cellules de la granulosa ». Ce véritable réveil de la fonction ovarienne donnerait des métrorragies qui sembleraient revêtir une certaine périodicité,

comme s'il sagissait d'une action comparable à l'action normalement exercée par l'ovaire en activité sur l'utérus. En réalité, cette ébauche de périodicité est très contestée par la plus grande partie des auteurs qui déclarent ne pas l'avoir observée même dans les cas où le mécanisme endocrinien paraît être directement en cause.

De sorte, que nous ne pourrions tirer aucune indication du caractère des métrorragies et nous ne pourrions mieux faire que de citer ces lignes que Delespine écrivait en 1905 :

« Il existe des hémorragies à allure périodique, survenant chez des femmes ménopausées depuis quelques années déjà. Il est bon de se tenir en garde contre ces faux retours de la menstruation ; il ne faut pas, sans examen, faire chorus avec les malades et se féliciter avec elles d'un état de chose dont elle n'ont que trop tendance à se glorifier. Il faut réclamer instamment un examen local ; dans la plupart des cas, on arrivera ainsi à trouver une explication pathologique à ces retours toujours suspects d'une improbable jeunesse. »

L'hémorragie ne fournissant donc aucun indice pour déceler son origine, pouvons-nous en découvrir parmi les autres éléments du cortège symptomatique ? Cela nous paraît bien difficile et bien sujet à caution.

La leucorrhée que nous avons signalée plus haut, en quelques mots, est tellement variable pour une même affection d'une malade à l'autre, qu'on ne peut en tirer d'indications. On peut dire toutefois que si le cancer du corps utérin peut donner lieu à des pertes blanches, claires et aqueuses et d'autrefois se révéler par un écoulement purulent, les pertes blanches symptomatiques de

l'adénome utérin rentrent généralement dans la première catégorie, car l'infection secondaire dans ces processus d'hyperplasie est exceptionnelle. Cette indication est la seule qu'on puisse retenir des pertes blanches, et l'on voit qu'elle reste bien vague. De la quantité de ces pertes, on ne peut rien retenir, car elles peuvent être pratiquement inexistantes chez certaines malades. Chez d'autres, au contraire, cet écoulement peut se faire soit d'une façon continue, soit sous forme d'une crise sécrétoire tellement abondante que la femme est obligée de se garnir constamment et qu'elle présente, comme le signalait Forgue, des lésions d'irritation au niveau du périnée et de la vulve.

Telles sont les indications que peut donner l'écoulement leucorrhéique; quand il coexiste avec le symptôme métrorragie, on conçoit qu'il passe au second plan et ne constitue qu'un signe accessoire. C'était le cas de notre malade n° 2, qui était venue consulter à cause de ces métrorragies. Par contre, il peut quelquefois occuper le premier plan de la scène clinique, lorsque les métrorragies n'existent pas. Notre Observation I consacre, de cela, un exemple frappant, la malade présentait, en effet, un écoulement sirupeux, incolore; il se reproduisait toutes les trente heures environ sans que rien, dans les circonstances de la vie de la patiente ne paraisse avoir une influence quelconque sur son apparition ou sur son abondance. La quantité écoulée chaque fois évaluée à 50 centimètres cubes environ.

Cette périodicité faisait penser à des gorgées de pus, évacuées par les malades présentant un pyosalpinx se vidant par la cavité utérine lorsque les tuniques sont arrivées à un certain degré de tension. Elle évoquait

aussi, avec peut-être encore plus de vraisemblance, l'hydrorrhée symptomatique de l'épithélioma tubaire, qui se caractérise plutôt par un écoulement séreux rose que par de véritables hémorragies. Cet écoulement surviendrait par gorgées assez volumineuses précédées de coliques dans le bas-ventre, et cette manifestation a été décrite par Latzko, dont le nom est resté attaché à ce signe.

Certains auteurs l'avaient désigné par le terme d' « hydrops tubæ profluens » et l'on voit qu'il correspondait presque parfaitement à la description que nous avait donné la malade dans son interrogatoire.

Les phénomènes douloureux sont assez fréquents, mais on ne peut leur décrire un type bien particulier. Notre Observation I signale, chez la malade, des douleurs dans la fosse iliaque droite s'irradiant vers le vagin et survenant par crises. Celles-ci duraient deux heures environ, revêtaient parfois le type expulsif, et précédaient la gorgée leucorrhéique, comme cela se produit dans les salpinx à vidanges successives ou dans le cancer tubaire.

D'autres fois, les douleurs peuvent être moins bien précisées : la malade de l'Observation II accusait simplement des sensations de pesanteur douloureuses et des tiraillements dans le bas-ventre et dans la région lombaire. En somme, on voit que ces douleurs n'ont par elles-mêmes, rien de pathognomonique, et que toute affection de l'utérus est susceptible de les provoquer.

Le syndrome utérin décrit, dans la métrite chronique, ne comporte-t-il pas classiquement des douleurs et des pesanteurs pelviennes, provoquées par la congestion de l'utérus malade, et reconnaissant aussi, pour mécanis-

me, le tiraillement de cet utérus douloureux sur ses divers ligaments, lors des mouvements ou de la marche?

Signalons, enfin, comme autre phénomène que peut accuser la malade, *l'ascension thermique*. On sait que, dans certaines formes d'épithélioma, on peut voir la température s'élever lorsque se produit l'infection secondaire. Dans les processus d'adénomatose utérine, cette éventualité demeure exceptionnelle et nous ne la relevons pas chez nos malades; quoi de surprenant, puisqu'il s'agit généralement d'un processus trophique dans lequel l'infection ne paraît jouer qu'un rôle lointain.

III. — LES RÉSULTATS

DES DIVERS EXAMENS GYNÉCOLOGIQUES

Les troubles accusés par la malade ne peuvent donc, si bien analysés soient-ils, qu'avoir une valeur de présomption et le diagnostic ne peut uniquement se baser sur eux. Il faut, comme le voulait Delespine, et comme y insiste tout particulièrement notre Maître, M. le Professeur Lapeyre, savoir imposer à ces malades un examen complexe qui pourra seul permettre des conclusions objectives. Encore faut-il que dans cet examen, rien ne soit négligé et toutes les ressources de l'exploration gynécologique trouveront ici leur application.

Il faut, de toute évidence, commencer par un examen médical approfondi, car certaines pertes sanguines peuvent même après la ménopause, reconnaître une origine médicale. Mais cette étude dépasserait trop le cadre que nous désirons imposer à notre travail. Le gynécologue,

médecin avant tout, devra explorer l'appareil circulatoire de ses malades, les modifications de la crase sanguine, les altérations sérologiques qui permettront de dépister des rares cas de syphilis tertiaire métrorragique.

Ces précautions prises, l'exploration gynécologique pourra commencer; voyons quelles sont ses étapes successives.

1° *Le toucher vaginal*, combiné au palper, peut fournir déjà des indications, au moins en éliminant des causes importantes de pertes rosées ou de métrorragies, au premier rang desquelles se trouve le cancer du col de l'utérus. Celui-ci, classiquement plus fréquent chez la femme en période d'activité génitale, reste encore une affection des plus redoutables de la femme âgée. Comme l'adénome utérin dont nous nous occupons, il peut être révélé à la scène clinique par des pertes anormales, irrégulières, hydrorrhéiques ou sanglantes.

Un des rôles primordiaux du toucher vaginal sera donc d'éliminer les cas de néoformations cervicales et de limiter le problème aux causes endo-utérines.

Mais le toucher vaginal peut encore explorer le contour de l'utérus et ses rapports anatomiques. On mettra grâce à lui, en évidence, l'involution sénile du vagin, signe habituel de l'état de ménopause et qui se reconnaît avec netteté dans nos deux observations. Cette involution peut, dans quelques cas, être si poussée, qu'elle aboutit à la constitution d'une sorte de diaphragme fibreux, masquant une grande partie du col et susceptible, par son développement, de gêner l'accès de l'utérus et d'empêcher toute tentative d'exploration endocavitaire par le curettage ou par l'hystérographie.

Enfin, l'exploration des culs-de-sacs vaginaux sera faite par le toucher; souvent négative comme dans le cas d'adénomes simples, elle peut déceler l'existence de masses latéro-utérines dont la connaissance peut être précieuse dans l'élaboration du diagnostic.

Ainsi donc, le rôle assigné au toucher vaginal sera capital et consistera essentiellement à écarter toutes les causes de métrorragies et de pertes anormales qui ne seraient pas endo-utérines et par conséquent, à limiter le problème aux métrorragies mono-symptomatiques. Encore, parmi celles-ci, certaines pourraient être écartées, grâce à l'appréciation des caractères du corps utérin lui-même. Une hypertrophie considérable ou une déformation de sa masse seraient parfois suffisantes pour porter un diagnostic.

Nous n'insisterons pas trop sur ce point, trop sujet à cautions, et qui demande, pour être affirmé, des suppléments d'examen. Trop de cas, étiquetés ainsi fibromes, après la ménopause, ont été, par l'examen plus approfondi, reconnus pour des cancers et il est devenu classique de considérer comme suspect tout fibrome qui fait parler de lui après la ménopause.

On évitera donc de faire donner au toucher vaginal plus de précisions qu'il n'est capable de le faire, et quand il aura donné tous les renseignements qu'on est en droit d'attendre de lui, on le complétera par des examens supplémentaires.

Quels sont ces examens?

Citons l'examen au spéculum qu'il faut toujours pratiquer, bien que ses ressources soient nettement inférieures à celles du toucher. Il renseignera seulement sur

l'état du col utérin et on pourra, grâce à lui, dépister certaines formes de cancer cervical au début.

Nous voulons parler ici du test de Schiller au Lugol dont on a vanté les mérites dans le diagnostic précoce du cancer du col.

L'hystérométrie, si utile dans le diagnostic des fibromes, le devient ici un peu moins. Cependant, on a attaché de l'importance aux sensations qu'elle fournit et dans quelques cas, ces impressions de ressaut ou au contraire, d'obstacles mollasses peuvent donner des présomptions en faveur d'une néoplasie bénigne ou maligne de la cavité utérine.

Plus intéressante est l'hémorragie provoquée par le contact de l'hystéromètre.

D'après Violet, cet écoulement sanglant, succédant à une exploration douce par l'hystéromètre, serait l'indice d'une néo-formation endo-utérine et plus spécialement d'un cancer. Mais on ne peut s'empêcher de remarquer qu'une simple hyperplasie de la muqueuse peut saigner par le microtraumatisme de l'hystéromètre et ce signe perd ainsi beaucoup de sa valeur.

Restent les deux derniers moyens d'exploration qui sont les plus importants. Nous voulons parler de l'*hystérographie* et du *prélèvement biopsique*, dont il est devenu imprudent de se passer, sinon impossible pour résoudre le problème des métrorragies mono-symptomatiques.

Nous ne songerons pas, dans cette étude, à les opposer l'un à l'autre, mais bien au contraire, à chercher, par quel moyen le diagnostic peut être obtenu par l'intelligente alliance des deux procédés.

L'hystérographie, accusée à ses débuts de nombreux méfaits, a perdu à l'heure actuelle, beaucoup de ses risques, surtout depuis qu'elle se fait au moyen du lipiodol.

Les accidents infectieux, par voie tubaire, les accidents toxiques, tenant à la nature du produit, les accidents emboliques par injection des sinus utérins, ne se rencontrent pratiquement plus quand toutes les précautions sont prises. Et sans gros risques, elle peut donner de précieuses indications sur l'état de la cavité utérine.

L'image normale s'altère très facilement à la moindre modification, et il est même remarquable, dit Bécclère, de voir avec quelle évidence, une altération, même minime, vient se traduire sur le cliché. Dans les transformations adénomateuses de la muqueuse, ses indications sont évidemment variables avec les degrés et avec les formes anatomiques.

S'il ne s'agit que d'une hyperplasie modérée, le contour de l'image paraît flou, festonné, vilieux, mais l'ensemble est assez caractéristique.

Dans les adénomes circonscrits, l'hystérographie sera en général très démonstrative, elle réalisera une image lacunaire assez régulière, moins lisse que celle que donnerait un polype fibreux, mais bien moins déchiquetée et tourmentée que la traduction radiographique d'un cancer du corps.

Mais l'hystérographie ne peut pas toujours permettre de se prononcer sur la matière de l'image anormale présentée dans notre Observation I par exemple; on voyait une cavité irrégulièrement déchiquetée sur ses bords, image tout à fait comparable à celle d'un cancer

ayant envahi la cavité utérine. Dans le cas de MM. Riche, Guibert, Fayot et Lonjon, la même erreur avait été commise, car il s'agissait encore d'un adénome diffus qui donnait une image analogue à celle d'un cancer corporéal. Notre Observation II consacre exactement la même méprise.

Que conclure de tout cela ? Sinon que l'hystérogaphie ne peut à elle seule faire poser le diagnostic de cancer du corps ou d'adénome, avec certitude.

Ne demandons pas à l'hystérogaphie comme au toucher vaginal, ce qu'elle est incapable de nous donner. Mais elle demeure un moyen à utiliser parce qu'elle fournit des indications très précieuses, dont les deux principales sont :

1. La notion de l'existence d'une modification de la muqueuse utérine, traduite par l'altération de l'image normale ;

2. Le siège de la prolifération, dont elle détermine exactement la localisation.

Dès lors, on pourra faire porter le prélèvement exactement sur la zone suspecte, et réduire à la fois sa gravité, puisqu'il ne sera pas nécessaire de réaliser le râclage de toute la cavité, et ses chances d'erreur : puisque seuls les tissus vraisemblablement malades seront prélevés.

Le *prélèvement dirigé* paraît, dès lors, fournir toute la sécurité désirable.

Ce perfectionnement de technique était fort utile, car le *curettage explorateur simple* n'était dépourvu ni de dangers, ni de causes d'erreur pour lesquelles il avait été violemment combattu et même systématiquement abandonné par certains.

Mais, est-il réellement un moyen sûr de diagnostic?

C'est ici que surgit un nouveau motif de discussion. Les adversaires du curettage explorateur déclarent que s'il est dangereux, il est aussi « infidèle et trompeur » (Ducuing).

En effet, pour ses auteurs, le curettage risque d'induire en erreur de plusieurs façons: soit en ne prélevant pas le tissu malade, soit en ne donnant à l'histologiste, que des fragments défigurés, méconnaissables, impossibles à orienter et celui-ci « se perd au milieu de produits de râclage ».

A ces arguments, on peut faire plusieurs réponses.

En premier lieu, et du point de vue du tissu malade, il faut reconnaître qu'on n'est jamais sûr d'avoir prélevé toute la zone dégénérée. Mais les précisions données par l'hystéroggraphie, et qui, du curettage aveugle, fait un curettage dirigé, réduisent les chances d'erreur dans une notable proportion.

La deuxième critique vise surtout la confiance que l'on doit avoir dans l'examen histologique.

Si l'on considère les statistiques des défenseurs du curettage, celles notamment de Bérard et Leclerc, celles de Reeb et F. Rosenstein, on est frappé du nombre relativement infime des erreurs authentiquement vérifiées.

Mais, malheureusement, la question n'est pas aussi simple qu'elle le paraît, et c'est dans les cas d'adénomes utérins qu'elle prend une complexité réellement embarrassante.

En effet, mis en présence de fragments incontestablement normaux, ou incontestablement dégénérés, l'histologiste pourra fournir une réponse catégorique.

Mais, dans bien des cas, les modifications tissulaires sont telles que toutes les transitions se rencontrent entre l'adénomatose bénigne et l'épithélioma; et dès lors, la réponse du spécialiste, quelle que soit son autorité, ne peut être qu'évasive, car en affirmant, il courrait de grands risques d'erreur.

On ne saurait être trop prudent dans la lecture des coupes histologiques. Nous retrouvons cette attitude réservée dans les résultats que M. le Docteur H.-L. Guibert a bien voulu nous fournir, et où il évite de se compromettre, car les lésions rencontrées ne permettent pas de conclure franchement pour la bénignité ou pour la malignité.

Nous pouvons donc affirmer, après avoir passé en revue les divers moyens d'explorations gynécologiques, que ces examens sont incapables de nous fournir un critérium absolu, même l'histologie.

Mais, il demeure nécessaire de s'entourer de toutes les garanties et pour pouvoir poser toutes les indications thérapeutiques, il nous manque d'envisager l'étude anatomo-pathologique et de voir dans quelle mesure celle-ci pourra suppléer aux approximations de la clinique.

Nous consacrerons donc un chapitre important à l'interprétation des résultats obtenus.

Etude anatomo-pathologique

L'importance de ce chapitre découle, ainsi que nous venons de le voir, des insuffisances présentées par les moyens de diagnostic clinique. Et l'étude histologique a seule la possibilité d'accorder à telle prolifération développée à l'intérieur de l'utérus, les caractères qui feront à la fois son identité nosologique, son pronostic et partant, ses indications thérapeutiques appropriées. Mais, nous venons de voir à quelles difficultés se heurte souvent cette identification anatomique.

Il importe tout d'abord de savoir quelle tournure donner à la définition de l'affection qui nous occupe.

Il paraît logique d'accorder la dénomination d'adénome, à une prolifération des éléments nobles de l'endomètre reproduisant à une plus grande échelle, des modifications normales.

C'est ainsi, en effet, que tous les auteurs entendent les divers adénomes classiquement étudiés, qu'ils siègent dans la glande thyroïde, dans la glande mammaire ou dans l'une quelconque des formations glandulaires de l'organisme.

Néanmoins, cet adénome, considéré comme la simple exagération d'un processus normal, laisse entendre qu'il s'agit tout de même d'une formation tumorale ou pseudo-tumorale et qu'elle garde une individualité propre et dans le cadre nosologique.

Dans l'espace, en effet, elle se différencie nettement, à notre avis, de la simple hyperplasie de l'endomètre, dont elle constitue, si l'on veut, un degré plus évolué, par deux caractères: d'abord que la prolifération a acquis une telle intensité qu'elle constitue une nette anomalie, bien que sa formule histologique soit sub-normale; ensuite, que la muqueuse voisine, non atteinte par le même processus, se distingue nettement de la zone intéressée, tant à l'examen au microscope qu'à l'examen macroscopique.

Essayons donc, la définition posée, de décrire les diverses formes anatomiques sous lesquelles peut se présenter l'adénome utérin.

Comme l'établissait notre Maître, M. le Professeur Lapeyre, il importe de se placer au double point de vue, macroscopique et microscopique.

Les formes macroscopiques sont au nombre de deux:

— la forme diffuse;

— la forme circonscrite.

La forme diffuse, la moins fréquemment rencontrée, se caractérise par une hyperplasie considérable de toute la muqueuse de l'endomètre, sans ligne nette de démarcation, avec les zones de muqueuse saine. A l'ouverture de tels utérus, on constate dans la cavité la présence d'une muqueuse exubérante, rouge plus ou moins vineux, mollasse et tomenteuse au toucher, donnant à l'instrument la sensation d'un matelas souple et nulle-

ment induré. Régulière par endroits, l'hypertrophie peut en d'autres, constituer de véritables villosités, que le contact peut déchirer et faire saigner, mais qui ne présentent pas cette friabilité si particulière et cette dureté si caractéristique des végétations néoplasiques. La cavité utérine peut ainsi être complètement capitonnée par des végétations, ce qui explique les images irrégulières et déchiquetées qu'elles donnent à l'hystéroggraphie. Quant à l'utérus lui-même, il est généralement augmenté de volume, à cause de l'état de congestion auquel il est obligatoirement soumis pour permettre en son intérieur des proliférations aussi intenses. Il se différencie très nettement de l'utérus sénile dont la muqueuse est scléro-atrophique et dont l'ensemble des tissus ne semble plus vivre que d'une vie ralentie. Nous retrouvons tous ces caractères dans notre Observation I qui constitue un bel exemple de la forme diffuse de l'adénome; ils sont décrits aussi avec beaucoup de détail dans l'observation publiée par MM. Riche, Guibert, Fayot et Lonjon et que nous avons déjà eu l'occasion de mentionner. Comme nous l'avons dit, cette forme diffuse semble constituer une rareté assez grande. Peut-être avons-nous cette impression parce que beaucoup d'auteurs, en ayant observé, ont fait entrer, leurs cas dans les diverses variétés d'hyperplasie endométriales et ne lui ont pas reconnu d'identité nosologique propre. Cette confusion est compréhensible à notre avis, mais nous croyons qu'on ne peut identifier sous un même nom, ces deux ordres de faits. Ils nous paraissent, en effet, différents, même du point de vue macroscopique; car si l'on peut soutenir à la rigueur que tous les degrés d'hyperplasie peuvent se voir, depuis quelques

végétations isolées, jusqu'aux formes fongueuses, il vient un moment où l'hyperplasie est telle qu'on peut parler d'une réelle tumeur. Et c'est devant de tels faits que, dans les observations que nous connaissons, on a résolu, même du simple point de vue macroscopique, de parler d'adénome bénin diffus, plutôt que d'une hyperplasie endométriale simple.

La forme circonscrite est certainement plus facile à identifier et c'est peut-être ce qui explique sa rareté moins grande. Elle se caractérise par un développement des éléments glandulaires de la muqueuse de l'endomètre, mais localisé à une surface restreinte de cette muqueuse. En plusieurs endroits, cette prolifération peut se reproduire, mais elle ne s'étend pas à toute la surface et entre les zones de muqueuse exubérante: on note des régions plus ou moins étendues où la muqueuse conserve l'aspect strictement normal.

A l'examen d'un tel utérus, on relève donc l'existence, par place, des proliférations plus ou moins exubérantes et dont les caractères sont exactement ceux que nous signalions en décrivant la forme diffuse dont nous venons de parler. Néanmoins, suivant les aspects macroscopiques, on peut à l'œil nu, diviser les lésions circonscrites, en deux formes assez nettement différenciées: la forme végétante et la forme polypeuse.

La forme végétante, comme son nom l'indique, semble n'être que le premier degré. Il s'agit d'une saillie mamelonnée plus ou moins hérissée de villosités, fongueuse, mollasse, vallonnée, comme le disait Caraven, mais absolument dépourvue de pédicule: c'est un épaississement considérable de la muqueuse, mais seulement cela.

La forme polypeuse, au contraire, tire son caractère du pédicule qui existe, mais qui, évidemment, peut être très net ou simplement ébauché. Cette forme est assez peu rare et nous estimons que doivent y être rattachées la plupart des polypes muqueux de la femme âgée.

Tixier et Michon, qui ont fait de ces polypes une excellente étude, recommandent de les considérer comme suspects « chez les femmes âgées et à plus forte raison après la ménopause, la constatation d'un polype muqueux doit être tenue pour très suspecte et l'on ne doit pas se contenter de son ablation en cas de pertes sanguinolentes. Le néoplasme du col surtout, dans sa forme intra-cervicale, peut se dissimuler derrière un polype muqueux, mais c'est surtout au cancer du corps qu'il faut penser ».

Une attitude aussi méfiante ne peut s'expliquer que si l'on accepte de considérer ces polypes comme des formations tumorales, dont les unes peuvent être bénignes mais dont les autres peuvent être malignes, et non pas seulement en leur attribuant une valeur symptomatique d'une néoplasie sous-jacente comme l'affirment ces auteurs.

Mais le fait reste, bien que nous ayons à reparler de son interprétation: il existe des polypes développés uniquement aux dépens de la muqueuse et dont la benignité peut être suspectée. Le seul diagnostic à faire est de les différencier des autres formations polypeuses, des polypes fibreux en particulier. Il faut reconnaître que la sensation tactile suffit généralement à faire cette grossière discrimination; en cas de doute, l'examen histologique lèverait facilement toute hésitation.

Telles sont donc les formes macroscopiques de l'adénome utérin; rarement décrites, elles ont été confondues avec la simple hyperplasie; nous en trouverons la preuve la plus flagrante dans les lignes suivantes de Leclerc:

« L'on a décrit abondamment l'anatomie macroscopique de l'hyperplasie. Toutes les formes en sont connues, depuis le gros utérus, rempli de fongosité, les formes polypeuses, villeuses, jusqu'à l'utérus de dimensions normales où l'on ne rencontre que quelques rares proliférations comparées au frai de grenouille. »

Les formes microscopiques. « Mais, continue immédiatement Leclerc, l'anatomie macroscopique est insuffisante à caractériser l'hyperplasie: trop souvent elle ressemble à s'y méprendre, au néoplasme du corps utérin et les erreurs publiées sont nombreuses. C'est à l'histologie en définitive qu'il faut s'adresser pour un diagnostic précis ».

« Nous allons donc étudier les caractères histologiques qui, seuls, devraient nous donner la clé de l'énigme, et ici, une nouvelle constatation va nous séparer de la manière de voir de cet auteur. En effet, nous verrons que l'histologie elle-même n'est pas toujours capable de toucher le débat et que le microscope ne peut pas toujours conclure avec certitude. Il existe certainement des adénomes bénins, mais il en existe aussi de malins et d'autres enfin, pour lesquels on ne peut se prononcer qu'en les qualifiant d'états précancéreux.

Pour Leclerc, toute hyperplasie a des caractères nets de bénignité et ces caractères sont ceux que l'on rencontre effectivement dans certaines formes d'adénomes bénins. Les exemples n'en sont pas exceptionnels: ainsi

à l'examen histologique de la pièce opératoire de notre Observation II, le Docteur Guibert ne signale que des modifications qu'il appelle « métrite adénomateuse »; et il ne relève nulle part de caractères pouvant faire soupçonner la dégénérescence maligne.

L'Observation I de M. le Professeur Lapeyre, entre dans la même catégorie. Ces cas là sont donc tout à fait comparables à la métrite hyperplasique dont parle Leclerc et lui-même d'ailleurs le dit :

« L'hyperplasie, écrit-il, s'apparente de façon frappante à un tumeur bénigne, à un adénome qui, peut-être soit très localisé (quelquefois affectant la forme d'un polype), soit diffus ».

En admettant donc que l'adénome bénin ne constitue qu'un degré plus avancé d'hyperplasie endométriale, voyons quels sont ses caractères histologiques.

Les modifications de la muqueuse, qui les composent, sont essentiellement celles qui, périodiquement, se reproduisent en plus petit chez la femme en activité génitale les jours qui précèdent la menstruation.

C'est ainsi que les modifications les plus importantes sont subies par les cellules elles-mêmes et les glandes. Celles-ci sont notablement hypertrophiées et irrégulièrement groupées.

A côté des glandes restées normales, on en voit d'autres allongées, tortueuses ou même en dégénérescence kystique. Les lumières kystiques, ainsi formées, sont quelquefois le siège de nouvelles arborescences, comme cela se produit dans l'épithélioma dentritique endocanaliculaire classique de la glande mammaire. Malgré cela, les cellules conservent un typisme suffisant et se présentent normalement en une seule assise. Les

noyaux peuvent présenter des mitoses, mais on n'y rencontre pas les monstruosités cellulaires du cancer.

Le type cylindrique de l'épithélium utérin peut être complètement conservé; mais les cellules peuvent aussi devenir cubiques et claires, sûr garant de la bénignité de la tumeur. (Kano Moukaye).

Les modifications du stroma sont bien moins intenses que celle des cellules. Mais il peut exister dans certains cas, une stroma-réaction instable (néo-stroma-réaction au sens de Grynfeldt et Caudière), qui paraît précéder le processus d'hyperplasie glandulaire (stroma-réaction précoce de P. Masson).

Mais, il persiste toujours un certain équilibre entre les glandes et le stroma.

Les rapports des éléments glandulaires sont intéressants à mentionner; dans cette forme bénigne, la base n'est jamais rompue. On note, par endroit, la pénétration de tubes glandulaires dans le myomètre, mais ils ont conservé leurs caractères normaux.

Cette pénétration dans le muscle utérin, de l'avis de plusieurs auteurs, ne peut être regardée comme un signe de malignité quand elle se présente dans ces conditions.

D'ailleurs, elle n'est pas constante et ne se rencontrait pas dans le cas de MM. Riche, Guibert, Fayot et Lonjon.

Tels sont grossièrement esquissés les caractères histologiques de l'adénome bénin; comme on le voit, il ressemble comme un frère à la métrite hyperplasique qui, en principe, est toujours une lésion bénigne. Et si, dans tous les cas, il répondait à cette description, on serait

fondé d'admettre qu'il ne s'agit là que d'une seule et même altération anatomo-clinique.

Mais, dans beaucoup de cas, l'examen histologique s'écarte de ces caractères et l'on peut mettre en évidence des signes faisant nettement penser à une dégénérescence néoplasique.

Ebauchés quelquefois seulement, ces signes ne suffisent pas à faire écarter le diagnostic d'adénome pour celui, catégorique, de cancer du corps utérin; l'adénome est ici, considéré comme malin, et notre maître, M. le Professeur Lapeyre, s'accorde avec M. le Docteur Guibert, qui a bien voulu se charger de tous nos examens microscopiques, pour le considérer comme un état précancéreux.

Voyons donc, sur quelles constatations on peut se baser pour aboutir à une telle conclusion.

Le facteur le plus important, dans nos observations paraît être la présence d'arborescences à l'intérieur des lumières glandulaires; et pour Masson, il s'agirait là nettement d'un processus néoplasique tout à fait superposable à celui de l'épithélioma dentritique du sein.

Pour celui-ci, on admet, en effet, que les proliférations endocanaliculaires ne sont pas malignes tant que la basale, n'a pas été effondrée; mais dès cet effondrement réalisé, en un point, l'état de malignité ne fait plus aucun doute, le bourgeonnement endotubulaire dont Leclerc affirme la malignité serait donc bien bénin dans beaucoup de cas, mais il semble qu'il lui suffirait de bien peu pour constituer une authentique tumeur maligne.

Nous pourrions reprendre les mêmes affirmations en ce qui concerne la pénétration dans le myomètre des

tubes glandulaires. Pour Leclerc, elle ne serait pas un signe de malignité tant que les tubes glandulaires rencontrés dans les muscles seraient composés de cellules régulièrement disposées, avec intégrité de la basale.

En ce qui nous concerne, à la suite du Docteur Guibert, nous écrirons que cette constatation doit, au moins, faire émettre un doute sur la bénignité.

Dans notre Observation I, les débris examinés à la suite du curettage, n'avaient pas permis de se prononcer, vue l'absence sur les coupes, du stroma-conjonctivo-vasculaire; au contraire, à l'examen histologique post-opératoire, le Docteur Guibert déclarait que l'état précancéreux se trouvait constitué, étant donné une pénétration profonde des faisceaux musculaires par les éléments épithéliaux. Dans notre deuxième observation, il montrait la même prudence. Par contre, dans l'Observation I, de même que dans celle qu'il publiait avec MM. Riche, Fayot et Lonjon, le Docteur Guibert n'hésitait pas, en l'absence certaine de ces éléments, à porter un diagnostic de bénignité.

Pour cet auteur, ainsi que pour notre Maître, M. le Professeur Lapeyre, le diagnostic d'adénomatose précancéreuse doit reposer sur les signes suivants:

a) à la surface de l'endomètre, constatation d'une activité amitotique très grande;

b) bourgeonnement endotubulaire considérable avec formation de pseudo-cavités bourrées de végétations épithéliales;

c) au niveau du myomètre, pénétration anormale de tubes glandulaires;

d) début d'atypisme cellulaire;

e) stroma-réaction plus ou moins intense, mais comportant cependant un certain déséquilibre avec les proliférations épithéliales.

Ces signes nous paraissent donc entraîner le diagnostic d'état précancéreux.

Certes, comme le dit Leclerc, ils ne sont pas la signature indiscutable de la malignité. Nous n'en voulons pour preuve que notre Observation II où l'examen de la pièce, seul, fait conclure au diagnostic d'adénome bénin.

Mais, ils suffisent à faire naître un doute, et à inciter à une interprétation prudente. C'est en ce sens qu'il faut comprendre le terme d'état précancéreux.

Il nous paraît inutile d'insister sur le fait qu'entre les hyperplasies bénignes et l'épithélioma caractérisé, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer; cette notion classique pour les mastites chroniques, par exemple, est en passe de le devenir pour les proliférations de la muqueuse utérine. Citons à se proposer les travaux de Moulonguet et de Mlle Gasne; ces auteurs arrivent ainsi que nous le faisons, à distinguer des hyperplasies non concréuses et des hyperplasies précancéreuses.

Les premières présentent une prolifération totale, portant à la fois sur le stroma et sur le chorion, aucune altération d'ordre inflammatoire. Les glandes « en dents de scie » sont bordées d'un épithélium normal et cet état se rapproche beaucoup de divers traits physiologiques et pour ces auteurs, il reconnaîtrait généralement une étiologie endocrinienne.

Les hyperplasies précancéreuses diffèrent entre elles par le degré d'altération; et dans la thèse de Mlle Gasne,

on peut voir une coupe histologique qui met en évidence tous les échelons qui peuvent se rencontrer.

Schématiquement, on peut distinguer quatre catégories qui se chevauchent toujours plus ou moins :

1. Hyperplasie sans pénétration dans le myomètre ;
2. Hyperplasie avec pénétration intra-musculaire ;
3. Hyperplasie avec disparition presque complète du stroma ;
4. Hyperplasie semblable aux lésions dystrophiques de la muqueuse utérine, mais où chaque glande possède un revêtement pluristratifié ; cette forme constituant une exception rare.

Si nous remplaçons, pour des raisons exposées plus haut, le mot hyperplasie, que nous estimons insuffisant, par la désignation d'adénome, nous voyons que notre Maître s'accorde entièrement avec le point de vue de ces auteurs.

En conséquence, on peut affirmer que les adénomes de l'utérus constituent un terme de passage, dont l'évolution peut être annonciatrice de la malignité ; il faut donc les considérer non pas comme des lésions bénignes, *mais bien comme des états précancéreux.*

Aperçu pathogénique

C'est à dessein que nous employons ce terme, pour indiquer que ce chapitre constitue en quelque sorte une partie assez secondaire de notre travail dans lequel nous donnons la plus grande importance aux déductions pratiques qu'imposent l'étude de la clinique et de l'anatomie pathologique.

Mais il n'est pas indifférent, malgré tout, de se demander quel peut-être le *primum movens* de ces altérations anatomiques et de ces désordres cliniques : si ces considérations ne peuvent, à l'heure actuelle, s'imposer assez pour entraîner des indications thérapeutiques précises, il est permis d'espérer qu'un jour, le traitement pourra revêtir une orientation moins exclusivement symptomatique.

Dans l'étude de l'étiologie, nous avons dit ce qu'il fallait penser des processus infectieux et nous avons vu que l'inflammation chronique ne saurait avoir d'autre rôle que celui d'une prédisposition locale. Ou, si l'infection peut agir, elle le ferait suivant Fabre, par l'intermédiaire de l'ovaire.

Ce sont donc les théories endocriniennes que nous devons rapidement envisager. Elles sont au nombre de deux :

- la théorie ovarienne;
- la théorie hypophysaire.

La théorie ovarienne est certainement la plus importante. Le rôle de l'ovaire, d'abord soupçonné était mis en doute par les anciens chirurgiens et Delespine, lui, niait toute action possible dès l'instant qu'avec l'état de ménopause, il se trouvait déchu de ses fonctions propres.

Plus récemment, cette question est revenue à l'ordre du jour, et spécialement grâce aux travaux de Moulonguet en France, et de plusieurs auteurs allemands.

Les diverses publications faites sur ce compte permettent de rapporter la production de ces proliférations muqueuses à l'ovaire, mais par deux mécanismes bien différents, opposés, mais dont chacun paraît conduire à une catégorie bien déterminée.

Le premier point de vue, celui de Moulonguet, consiste à nier, comme Delespine, l'activité hormonale vraie de l'ovaire après la ménopause. Néanmoins, les constatations de faits prouvent que des altérations de ces ovaires, morts à la physiologie, sont susceptibles d'entraîner des modifications de la muqueuse utérine du type que nous étudions et d'en réaliser le syndrome clinique.

Pour Moulonguet, il s'agirait, en réalité, d'une *action trophique* de l'appareil nerveux du mésovaire (ganglions de Winterhaeter) exercée sur l'utérus sénile, et

qui pourrait reproduire, sur lui les différents modes d'activité de la période génitale. abolis lors de la ménopause.

Cette théorie soutenue aussi par Cotte et par Policard, est logique et semble bien convenir à la grande majorité des cas; ce serait de cette façon que les adénomes utérins s'observeraient chez les femmes porteuses d'ovarites scléro-atrophiques ou de kystes ovariens. C'est certainement à ce mécanisme que ce rapportait le cas de notre Observation II où l'histologie ne mit en évidence aucune modification réellement pathologique de l'ovaire et où certainement toute activité hormonale avait disparu.

C'est comme cela aussi que paraissent agir nombre d'épithélioma ovariens s'accompagnant de modifications de la muqueuse utérine (Moulonguet et Leveuf) et cette théorie porte le nom de théorie neurogène trophique.

A côté de ces cas, il en existe d'indiscutables où c'est une réelle activité endocrinienne de l'ovaire qu'il faut accuser. C'est le mérite des auteurs allemands, en particulier de Von Werot et de R. Meyer, d'avoir fait connaître ces faits là, que Moulonguet niait d'abord, mais dont il reconnaissait en 1930 la réalité. Ils ne constituent qu'une faible minorité par rapport aux autres, mais cela ne diminue en rien leur intérêt pathogénique. Il s'agit d'un groupe de tumeurs ovariennes décrites à l'origine par Von Werot, sous le nom de tumeurs à cellule de la granulosa (*granulosazelltumoren*). Elle s'accompagnent d'une augmentation notable de la folliculinémie et donnent bien les manifestations anatomocliniques de cet état, notamment une congestion utérine.

avec augmentation de la longueur de la cavité utérine, une hyperplasie muqueuse, pouvant aboutir à des métrorragies.

Lellbach cite un cas où l'utérus mesurait 16 cm. de long et 12 de large. La muqueuse portait des franges atteignant jusqu'à 2 cm., avec des épaissements irréguliers, le stroma rappelait celui d'une déciduale à la gestation comme dans le cas d'adénome étudié par Moukayé, et les cellules étaient fortement augmentées de volume. Ne retrouvons-nous pas là en grande partie les caractères relevés au compte de l'adénome utérin?

Et l'on voit ici tout l'intérêt de ce point de vue: non seulement l'adénome utérin doit en lui-même être considéré comme une tumeur précancéreuse, mais encore, même dans les cas où il est incontestablement bénin d'apparence, il peut, quoique rarement, être la conséquence d'une tumeur maligne de l'ovaire qui n'a, par ailleurs, aucune autre manifestation. Et ce nouvel argument vient s'inscrire d'office parmi les indications formelles de la thérapeutique chirurgicale.

Tels sont les deux aspects de la théorie ovarienne, l'un trophique, l'autre purement hormonal. Nous ne faisons que les signaler, bien que leur intérêt soit majeur.

2. *La théorie hypophysaire*, paraît moins intéressante bien qu'elle ait été l'objet de très récentes publications. Il s'agit en réalité d'une théorie hypophyso-ovarienne, l'ovaire se trouvant sous la coupe de l'hypophyse, siège initial des perturbations.

C'est par l'action de l'hypophyse sur l'ovaire que plusieurs auteurs ont essayé d'expliquer les adénomatoses utérines.

On sait que les principes gonadotropes élaborés par l'hypophyse agissent en temps normal sur la muqueuse utérine, par l'intermédiaire obligatoire du fonctionnement ovarien. Certains auteurs (Hofbauer, Fluhmann, Waldever), ont essayé de réactiver l'ovaire au moyen d'extraits hypophysaires; les résultats n'ont pas été très concordants, mais Westmann aurait réussi des réactivations passagères. Cela n'est d'ailleurs possible que s'il persiste des restes ovariens, même minimes.

Il n'est pas jusqu'à l'étude de la prolanurie physiologique de la femme ménopausée, qui ne puisse être intéressante à mentionner ici, mais nous ne pouvons y insister.

Nous avons tenu à signaler ces notions très récentes pour la plupart, mal étudiées encore, et sur le compte desquelles, bien des imprécisions subsistent encore; leur intérêt reste encore purement spéculatif. Mais cette théorie ouvrira peut-être un jour la voie à une thérapeutique endocrinienne susceptible d'éviter des déterminations chirurgicales, toujours grosses de conséquences.

Indications thérapeutiques

Etant donné ce que nous avons dit dans les précédents chapitres et spécialement dans notre étude clinique et anatomo-pathologique, ce dernier chapitre ne saurait être bien long. Car, il découle logiquement des notions ci-dessus exposées, dont il constitue la simple conclusion pratique.

Au point de vue thérapeutique, une grosse conséquence se tire de ce qu'il a été dit, à savoir qu'en présence d'un syndrome de métrorragie ou seulement d'écoulement utérin anormal, et surtout après la ménopause, il faut tout de suite penser à la cause qui est, à la fois la plus banale et la plus grave: le cancer de l'utérus.

Ce diagnostic posé, l'indication chirurgicale est formelle, de l'avis unanime de tous les auteurs.

Mais il est exagéré de dire que « toute femme qui saigne après la ménopause a un cancer de l'utérus ».

Il importe donc, avant de décider l'hystérectomie, de se rendre un compte exact de la nature des lésions.

Cela peut se faire par les divers moyens que nous avons précédemment exposés.

On cherchera à avoir une première indication par l'hystéroggraphie, nécessaire lorsque le toucher ne révèle aucune lésion, elle guidera sûrement la curette en vue d'un prélèvement biopsique si l'image s'est révélée anormale.

Et même si l'image de la cavité utérine apparaît normale, on devra, en présence de ces métrorragies difficiles à interpréter, se méfier du cancer de l'isthme utérin qui, radiologiquement, aura passé inaperçu.

Si, au contraire, l'examen au lipiodol révèle une image lacunaire de la cavité utérine, le chirurgien est inéluctablement amené, pour parfaire son diagnostic, au prélèvement biopsique.

La réponse de l'histologiste, malgré les difficultés qu'il peut rencontrer au cours de son examen, et qui pourraient l'empêcher de se prononcer nettement, sera à la base de la décision du chirurgien.

Dans les cas bénins, on se bornera au curettage, dans les cas malins, l'indication de l'hystérectomie se trouvera posée, en faisant le plus grand cas de l'état général de la malade qui, s'il est bon, permettra d'envisager une intervention beaucoup plus large.

Bien souvent, en présence d'un adénome, l'histologiste sera amené à faire des réserves. Envisageant la possibilité d'une lésion en train d'évoluer vers la malignité, il mettra le chirurgien en garde contre un état précancéreux possible.

Dans ce cas, nous estimons prudent et logique de considérer la malade, comme une cancéreuse, et de pratiquer l'hystérectomie. C'est la décision qui a été prise chez les malades dont nous présentons les observations.

On risque, évidemment, d'enlever un utérus non dégénéré, mais on évite aussi une incertitude beaucoup plus dangereuse et lourde de conséquences.

Ainsi donc, comme conclusion à ce chapitre d'indications thérapeutiques, nous ne pouvons faire mieux que de citer notre Maître, M. le Professeur N.-C. Lapeyre :

« Il est souvent difficile d'affirmer, même avec l'aide de l'hystérographie et de la biopsie, que la prolifération adénomateuse est restée purement bénigne et qu'elle n'évolue pas en quelque point vers la malignité, cette transformation paraissant assez fréquente.

» Il est logique, même en l'absence d'une biopsie montrant la transformation maligne de la muqueuse, de soumettre les malades à un traitement chirurgical par l'hystérectomie.

CONCLUSIONS

I. — Les adénomes de l'utérus, qui se produisent dans l'immense majorité des cas après la ménopause, *sont de véritables tumeurs qui se séparent de l'hyperplasie endométriale simple.*

II. — Du point de vue du diagnostic, il faut passer par deux phases :

- une clinique ;
- une histologique.

Cliniquement : les adénomes sont presque toujours pris pour des cancers.

On arrivera par l'hystérographie à mettre en évidence une modification de la muqueuse et à en préciser le siège.

C'est l'*histologiste* seul qui peut se prononcer sur la nature bénigne ou maligne de la prolifération.

III. — Mais en présence des adénomes de l'utérus, l'histologiste est souvent obligé de faire des réserves. En effet, il existe des adénomes incontestablement bénins, mais le plus souvent ils représentent un stade d'évolution de la muqueuse, susceptible d'aboutir parfois, sinon toujours, au cancer.

IV. -- Au point de vue thérapeutique, on sera guidé par la réponse du laboratoire :

— Si la réponse est catégorique pour la bénignité, on se bornera au curettage, quitte à prendre une décision chirurgicale si les hémorragies demeurent rebelles (possibilité d'adénomes bénins secondaires à des lésions ovariennes) ;

— Si la réponse est celle d'état précancéreux, le chirurgien posera l'indication de l'hystérectomie totale, ou, si celle-ci présente trop de difficultés ou de danger, subtotale. Car l'opération seule pourra lever le doute grave qui pèse sur l'avenir de ces malades.

BIBLIOGRAPHIE

AUSSILLOUX. — Les métrorragies post-ménopausiques d'origine extra-utérine. *Thèse de Montpellier*, 1937.

BARDON. — Adénome végétant du corps utérin. *Sud Médical et Chirurgical*, 15 avril 1925.

BÉCLÈRE (Cl.). — L'exploration radiologique en Gynécologie. 1 vol, chez Masson, 1929.

— Traitement du cancer du col de l'utérus. *Paris Médical*, 19 mars 1932, p. 159.

BÉRARD et LECLERC. — A propos du diagnostic du cancer du corps utérin; nécessité de l'exploration intra-utérine dans les métrorragies après la ménopause. *Presse Médicale*, 8 avril 1935, n° 29, p. 585.

BROCQ et CHABRUT. — A propos du curettage explorateur comme moyen de diagnostic des métrorragies chez les femmes âgées. *La Médecine*, 11^e année, avril 1930, p. 290.

- BORCH, WILLIAMS et CUNNINGHAUS. — Etiologie de l'hyperplasie endométriale. *Surj. Gyn. and Obst.*, vol. LIII, septembre 1931, p. 338.
- CARAVEN. — Métrorragies non cancéreuses des vieilles. *La Picardie Médicale*, mars 1934, p. 15.
- COLOMBANI (Mlle). — Contribution à l'étude de l'adénome bénin du type décidual du corps utérin. *Thèse Paris*, 1926.
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. 1 vol. Masson, 1927.
- COTTE et TRILLAT. — Sur l'endométriose du corps utérin. *Soc. de Chir. de Lyon*, 9 nov. 1933.
- COURRIER. — *Encyclopédie Méd.-Chir.* T. Gynécologie. « Histo-physiologie de l'appareil génital femelle ».
- DALCHÉ. — Les métrorragies après la ménopause. *Gaz. des Hôpitaux*, 1912, p. 13.
- DOUAY et SOIMARU. — L'adénome du col utérin. *Gyn. et Obst.*, 1926, t. XIII.
- FAURE (J.-L.). — Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus. *Presse Médicale*, 24 mai 1930, p. 42.
- FLUHMAN. — Relations entre l'hyperplasie de l'endomètre et les hormones hypophysaires antérieures et ovariennes. *Surg. Gyn. and Obst.*, VII, juin 1931, p. 1051.

FORGUE et MASSABUAU. — Les métrorragies de la ménopause et de la puberté. *Presse Médicale*, 1912, p. 450.

GASNE (Mlle). — Les états précancéreux de la muqueuse du corps utérin. *Thèse Paris*, 1937, n. 631.

GUILHAUMON. — Contribution à l'étude de l'adénome diffus et bénin du corps de l'utérus. *Thèse de Montpellier*, 1932, n° 30.

HAMANT, CORNIL et MOSINGER. — Epithélioma wolffien des deux ovaires, endométriose tubaire nodulaire, hyperplasie polypeuse et kystique de la muqueuse utérine avec réaction pseudo-sarcomateuse du chorion. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Nancy*, 20 mars 1929.

HOFBAUER. — A propos de l'étiologie de l'hyperplasie endométriale. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. LII, février 1931, p. 222.

IMBERT, MOSINBER et HAIMOVICI. — Les métrorragies ménopausiques et post-ménopausiques. 1 vol., chez Baillien, Paris, 1936.

KELLER et BURGER. — L'adénome corporeal polypeux de la matrice. *La Gynécologie*, janv. 1937.

LAFFONT, MONTPELLIER, LAFFARGUE. — A propos des prétendus adénomes du corps utérin. *Gyn. et Obst.*, nov. 1935.

LAPEYRE (N.-C.). — A propos des adénomes du corps de l'utérus. *Paris Médical*, 11 janvier 1936, p. 36.

- LECLERC. — La métrite hyperplasique après la ménopause. *Presse Méd.*, 4 juill. 1936, n° 54, p. 1096.
- MICHON. — Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus. *Thèse Lyon*, 1923, n° 84.
- MOUCHOTTE. — La pyométrie des femmes âgées. *Revue française de Gyn. et Obst.*, 25 juin 1924.
- MOUKAYÉ (K.). — Adénomes bénins du corps utérin du type décidual. *Gyn. et Obst.*, 1921, t. I, p. 233.
- MOULONGUET (P.), DOLERIS. — Les métrorragies après la ménopause causées par les tumeurs et les kystes de l'ovaire. *Gyn. et Obst.*, 1923, t. IX, n° 6, p. 193.
- A propos des métrorragies observées après la ménopause et causées par une tumeur ou un kyste de l'ovaire. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 5 mai 1930.
- MOULONGUET et GASNE (Mlle). — Diagnostic anatomopathologique entre les hyperplasies et les néoplasies de la muqueuse utérine. *Soc. d'Anat.*, 5 juillet 1934.
- QUENU et BÉCLÈRE (Cl.). — Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 6 novembre 1933.
- QUENU et BUTAUD. — Les métrorragies après la ménopause. *Bull. Médical*, 14 avril 1934, p. 217, et 16 juin 1934, p. 377.
- REITTERER et VORONOFF. — De l'involution sénile de la muqueuse utérine. *Gyn. et Obst.*, 1924, t. IX, n° 41.
- TOXIER et MICHON. — Valeur séméiologique des polypes muqueux de l'utérus. *Gyn. et Obs.*, t. IX, 1924, p. 253.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre:

Contribution à l'étude des Adénomes du fond de l'utérus

Par M. CAZES André

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression

Montpellier, le 8 juillet 1938.

Le professeur: LAPEYRE.

Vu:

Montpellier, le 8 juillet 1938.

Le Doyen,

EUZIERE

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 11 juillet 1938

Le Recteur,

PARISELLE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
EXPOSE DES OBSERVATIONS	15
<i>Exposé des faits analogues de la littérature</i>	
ETUDE CLINIQUE	27
1. <i>Les circonstances étiologiques.</i>	
2. <i>Les signes accusés par les malades.</i>	
3. <i>Les divers examens gynécologiques et leurs résultats.</i>	
ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE	43
<i>Définition de l'adénome.</i>	
<i>Les formes macroscopiques: diffuses, circon-</i>	
<i>scrites.</i>	
<i>Les formes microscopiques: bénignes, pré-</i>	
<i>cancéreuses.</i>	
APERÇU PATHOGENIQUE	55
<i>Théorie ovarienne.</i>	
<i>Théorie hypophysaire.</i>	
INDICATIONS THERAPEUTIQUES	61
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	67

